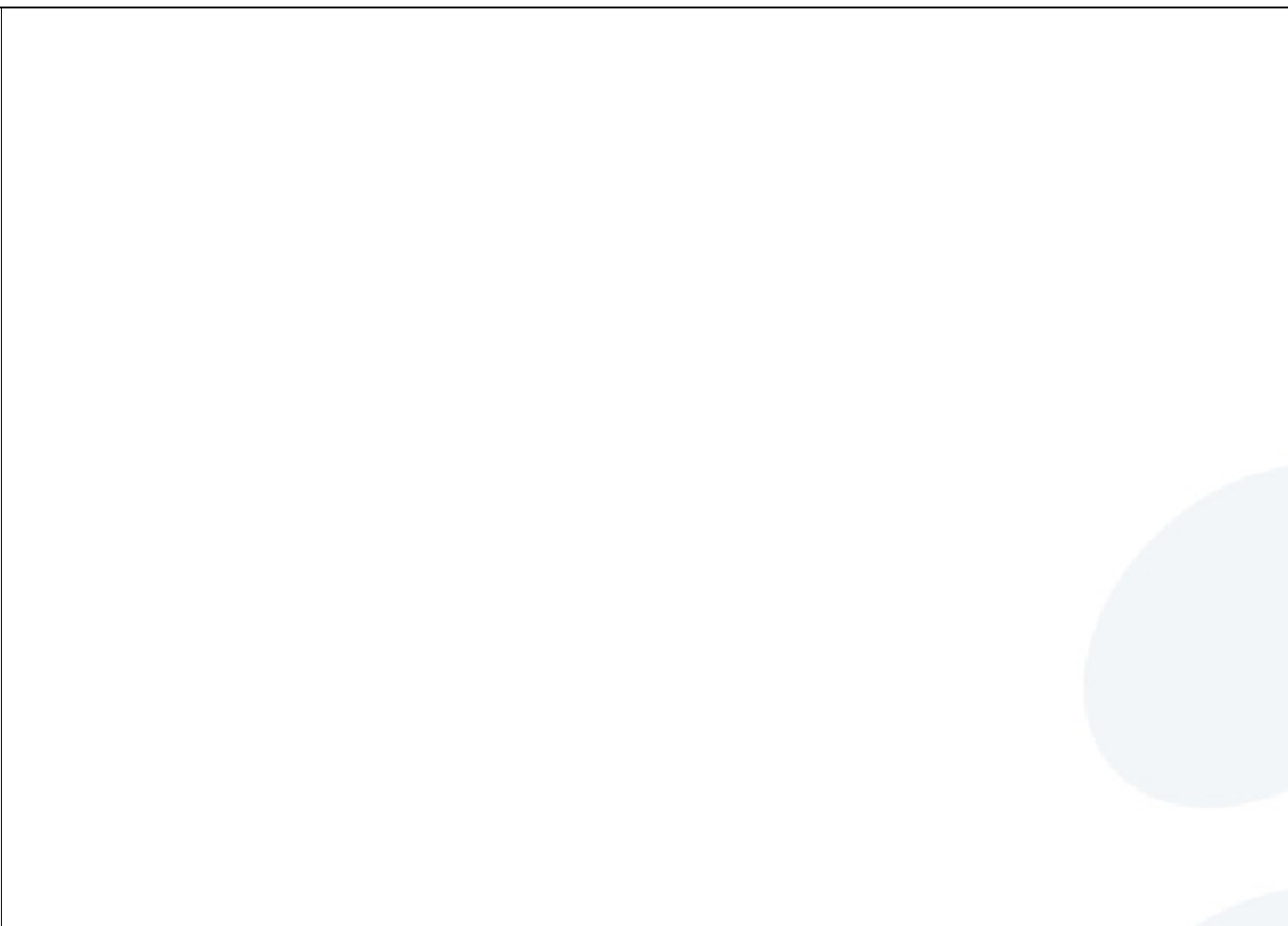


## **MEMORIA DE ACTIVIDAD FORMATIVA**

☐ Curso / ☐ Estancia

DATOS DEL ALUMNO	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	D.N.I.:
Email:	Teléfono:
Vinculación con CIBERNED:	Investigador Principal:
Grupo de CIBERNED:	
Provincia:	Centro de trabajo:
RESUMEN: (Objetivo, Ámbito del estudio, Conclusiones)	



## OBJETIVOS CONCRETOS ALCANZADOS

**Dirección Científica:** BIODONOSTIA - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. ÁREA DE NEUROCIENCIAS  
Paseo Dr. Begiristain s/n - Planta 1ª - 20014 San Sebastián - Guipúzcoa

**Gerencia:** CONSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED(CIBER).

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III.  
C/ Monforte de Lemos, 3-5. 28029 Madrid.

[www.ciberned.es](http://www.ciberned.es)

#### OTRAS CONSIDERACIONES QUE DESEE HACER CONSTAR

***Fecha y firma de Investigador principal***

**Dirección Científica:** BIODONOSTIA - INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA. ÁREA DE NEUROCIENCIAS  
Paseo Dr. Begiristain s/n - Planta 1ª - 20014 San Sebastián - Guipúzcoa

**Gerencia:** CONSORCIO CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED(CIBER).

INSTITUTO DE SDALUD CARLOS III.  
C/ Monforte de Lemos , 3-5. 28029 Madrid.

[www.ciberned.es](http://www.ciberned.es)